ISSN 1669-9106 MEDICINA (Buenos Aires) 0000: 00: 00-00

Artículo original

ACCESO A SERVICIOS AMBULATORIOS DE SALUD: BARRERAS EN UN MUNICIPIO BONAERENSE

MARÍA EUGENIA ELORZA[1,2], MARÍA FLORENCIA ARNAUDO[1,3], NEBEL S. MOSCOSO[1,2], GISELA P. GONZÁLEZ[2,4], GRACIELA A. MORENO[5], M. SUSANA MORENO[6], ANÍBAL M. BLANCO[6], FERNANDO P. LAGO[1,3]

[1]Departamento de Economía (Universidad Nacional del Sur), [2]Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Salud (Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad Nacional del Sur), [3]Instituto de Investigaciones Económicas y Sociales del Sur - (CONICET-UNS), [4]Facultad de Ciencias Económicas (Universidad Nacional del Centro - UNICEN), [5]Centro de Emprendedorismo y Desarrollo Territorial Sostenible -CEDETS (UPSO-CIC), [6]Planta Piloto de Ingeniería Química – PLAPIQUI (CONICET-UNS)

Dirección postal: María F. Arnaudo, Departamento de Economía, Universidad Nacional del Sur, San Andrés 800, 8000 Bahía Blanca, Argentina
E-mail: marnaudo@uns.edu.ar
Recibido: 28-IV-2026
Aceptado: 30-IX-2026

Resumen

Introducción: El acceso a los bienes y servicios de salud es un proceso que involucra las etapas de percepción de la necesidad, la búsqueda y utilización de los servicios, y las consecuencias de la atención. Estas pueden ser facilitadas u obstaculizadas por diferentes factores que se clasifican en las siguientes dimensiones: aceptabilidad, disponibilidad, accesibilidad, adaptación y adecuación. El objetivo fue diseñar una metodología que permita identificar las barreras al acceso a los servicios ambulatorios en los hogares de un aglomerado urbano que contemple las diferentes etapas y dimensiones del proceso de acceso y aplicarla para caracterizar empíricamente dichas barreras en un municipio de la Provincia de Buenos Aires.

Materiales y métodos: Se empleó una encuesta que recopiló la percepción de las condiciones de acceso en una muestra representativa de hogares y se diseñó un protocolo de análisis de los datos para describir el proceso de acceso.

Resultados: Se identificaron 3 grupos de hogares según sus miembros: i) no percibieron necesidades, ii) no buscaron atención o abandonaron la búsqueda frente a una necesidad y iii) utilizaron los servicios. Entre los hogares que no buscaron los principales motivos se vinculan con la dimensión de accesibilidad administrativa y de aceptabilidad. Entre los hogares que utilizaron los servicios los aspectos relacionados con la rapidez para ser atendidos (accesibilidad administrativa) poseen mayor proporción de respuestas insatisfactorias. Sin embargo, en general, se observaron altos niveles de satisfacción con la atención recibida (adecuación).

Conclusión: Los resultados obtenidos constituyen un diagnóstico empírico de las barreras de acceso en Bahía Blanca, con implicancias directas para la gestión sanitaria local. La metodología diseñada podría ser empleada en entornos similares para comprender los obstáculos o barreras que enfrentan los hogares que intentan utilizar servicios ambulatorios.

Palabras clave: acceso a los servicios de salud, servicios de salud ambulatorios, Argentina

Abstract

Outpatient health care access: barriers in a municipality of Buenos Aires Province

Introduction: Access to health services is a process that involves stages such as the perception of need,

search and utilization of the services, and evaluation of the experience. These stages can be facilitated or hindered by various factors classified into dimensions such as acceptability, availability, accessibility, adaptation, and adequacy. The objective was to design a methodology that identifies barriers to accessing outpatient services in households within urban agglomerations, considering the different stages and dimensions of the access process, and to apply it to empirically characterize these barriers in a municipality of Buenos Aires Province.

Materials and methods: A survey was designed to gather perceptions regarding access conditions in representative samples of households. Additionally, a data analysis protocol was developed to describe the access process. The methodology was tested in a specified urban area in Argentina.

Results: Three groups of households were identified based on their members' actions: i) Those who did not perceive any needs, ii) Those who did not seek care or abandoned the search when faced with a need, iii) Those who utilized the services. Among the households that did not seek care, the main reasons were linked to administrative accessibility and acceptability dimensions. For households that utilized the services, aspects related to waiting times (administrative accessibility) received the higher proportion of unsatisfactory responses. However, high satisfaction levels were observed with the received care (adequacy).

Conclusion: The findings provide an empirical diagnosis of access barriers in Bahia Blanca, with direct implications for local health management. The designed methodology can be employed in similar settings to understand the obstacles or barriers faced by households attempting to utilize outpatient services.

Key words: health services accessibility, ambulatory care, Argentina

PUNTOS CLAVE
Conocimiento actual

- El acceso a la salud no depende solo de la disponibilidad de servicios, sino de un proceso que incluye percibir la necesidad, la búsqueda de atención, la utilización del servicio y la valoración de la experiencia recibida. En sistemas segmentados, como el argentino, las barreras administrativas, económicas y organizacionales pueden transformar una oferta disponible en un acceso efectivo limitado.

Contribución del artículo al conocimiento actual

- En Bahía Blanca, el principal desafío para el acceso a los servicios ambulatorios no es la falta de oferta sino lograr que desde los hogares se llegue a los servicios, se consiga turno y complete la atención. En este sentido, la barrera más frecuente es la accesibilidad administrativa. Incluso los hogares que accedieron enfrentaron obstáculos en el proceso. Esto muestra que la disponibilidad de servicios no garantiza el acceso efectivo. La satisfacción elevada entre quienes lograron atenderse coexistió con barreras sorteadas durante el proceso, mostrando que evaluar solo a usuarios del sistema puede subestimar obstáculos de acceso. La metodología propuesta identifica en qué etapa se interrumpe el acceso, constituyendo una herramienta replicable para la gestión sanitaria local.

Los servicios de salud ambulatorios comprenden todas aquellas prestaciones sanitarias que no requieren internación hospitalaria (consultas médicas, procedimientos diagnósticos, tratamientos, rehabilitación y atención preventiva) y se extienden a lo largo de los distintos niveles de complejidad del sistema, desde los servicios de atención primaria hasta los de alta tecnología como la resonancia magnética o la tomografía computarizada. Constituyen un componente estructural de los sistemas de salud, dado que concentran la mayor parte de las interacciones entre la población y el sistema sanitario, resolviendo una amplia mayoría de las necesidades de atención.

Sin embargo, la disponibilidad de prestadores de servicios ambulatorios no garantiza su utilización por parte de la comunidad, siendo necesario diseñar mecanismos que aseguren un acceso efectivo por parte de quienes las necesitan. El acceso a los servicios de salud se relaciona con la capacidad de utilizar los servicios que se corresponden con una necesidad, para las cuales existe una oferta[1,2].

Esta interacción entre la necesidad, la demanda y la oferta configura al acceso como un proceso dinámico con múltiples etapas que comprenden: la percepción de la necesidad, la búsqueda

de atención, la utilización de los servicios y el análisis de las consecuencias que se derivan de su utilización, en la cual el paciente evalúa si logró, o no, resolver la necesidad. Este proceso puede verse entorpecido por la presencia de barreras asociadas las siguientes dimensiones: aceptabilidad, disponibilidad, adaptación, adecuación y accesibilidad[3,4].

La aceptabilidad representa la medida en que los usuarios confían en el sistema de atención y en sus proveedores, y se encuentra condicionada por sus creencias en salud y determinantes sociales[5].

La disponibilidad hace referencia a la existencia de instituciones proveedoras de servicios de salud entre las que puede elegir un individuo (disponibilidad institucional), y a los recursos, humanos y tecnológicos, con que dichas instituciones cuentan para satisfacer las necesidades de los usuarios (disponibilidad material)[6].

La accesibilidad es un concepto amplio que, para su estudio es desagregado en las siguientes subdimensiones: geográfica, espacial, económica-financiera, administrativa y organizacional[7]. La accesibilidad geográfica se relaciona con la posibilidad que tiene el individuo de trasladarse hasta los proveedores y la espacial con su sensación de comodidad en el lugar de atención respecto a su infraestructura. La accesibilidad económica-financiera se refiere a la capacidad económica de afrontar los costos del proceso mientras que la accesibilidad administrativa tiene que ver con la capacidad de superar los requerimientos burocráticos y administrativos enfrentados por el paciente. Finalmente, el componente organizacional se vincula con las características familiares y socio-económicas del individuo como, por ejemplo, tener la posibilidad de faltar al trabajo para poder concurrir al turno, o contar con cuidadores para ocuparse de sus familiares a cargo mientras atiende su necesidad sanitaria[8].

La adaptación hace referencia a la calidad de la interacción de los usuarios con los proveedores de salud (relación profesional-paciente)[9]. Por último, la adecuación tiene que ver con la medida en que la atención recibida hace que el individuo se sienta satisfecho en relación al abordaje de la necesidad que dio origen a la búsqueda de servicios[10].

El acceso a los servicios ambulatorios reviste una importancia central en la organización de los sistemas de salud, dado que en este nivel (y particularmente en el primer nivel de atención, que constituye su componente fundamental, aunque no exclusivo) se resuelven alrededor del 85% de las necesidades de salud más prevalentes de la población[11]. Esto motiva el diseño de herramientas orientadas a garantizar su utilización oportuna y eficaz, para lo cual resulta indispensable identificar las variables que condicionan la transformación del acceso potencial (disponibilidad de servicios) en acceso efectivo (utilización por parte de la población).

El sistema de salud argentino se caracteriza por su segmentación estructural en tres subsectores —público, de seguridad social (obras sociales) y privado (empresas de medicina prepaga)—, entre los cuales la población se distribuye según su condición laboral y nivel de ingresos. Este diseño genera inequidades en el acceso, dado que la cobertura a la que puede acceder cada individuo depende de su posición en el mercado de trabajo y no de sus necesidades sanitarias[12]. En este marco, la ciudad de Bahía Blanca, principal centro urbano del sudoeste bonaerense, con 336 574 habitantes (según el Censo Nacional 2022[13]) constituye un caso de estudio de particular relevancia. La coexistencia de los tres subsectores, una estructura socioeconómica heterogénea que articula actividad portuaria, industrial, universitaria y de servicios, y una distribución poblacional que comprende tanto barrios consolidados como sectores en situación de vulnerabilidad social, configuran un escenario propicio para analizar de qué manera la segmentación del sistema se traduce en desigualdades concretas en el acceso a los servicios de salud.

Este trabajo se propone examinar las barreras que enfrenta la población en el acceso a los servicios de salud ambulatorios, aportando tanto una herramienta sistemática de análisis replicable en otros contextos como un diagnóstico empírico de las barreras de acceso en un municipio bonaerense. Para lograr este objetivo general se plantean los siguientes objetivos específicos:

1. Identificar y caracterizar la población objeto de estudio dada su ubicación dentro del proceso de acceso.

2. Describir la percepción del acceso de los hogares en los que alguno de sus integrantes tuvo necesidad de atención de salud, pero no demandó servicios ambulatorios.

3. Describir la percepción del acceso de los hogares en los que alguno de sus integrantes utilizó servicios ambulatorios.

Materiales y métodos

Diseño

Se realizó un estudio observacional, cuantitativo, de corte transversal en una localidad de Argentina.

Población y ámbito de estudio

El estudio se llevó a cabo en las localidades de Bahía Blanca, General Daniel Cerri e Ingeniero White, pertenecientes al partido de Bahía Blanca (Argentina). El sistema de salud local articula proveedores públicos y privados que ofrecen servicios ambulatorios en distintos niveles de complejidad. El subsector público está integrado por hospitales financiados por los tres niveles de gobierno (nacional, provincial y municipal), que brindan consultas ambulatorias en la mayoría de las especialidades, junto con otros servicios tales como laboratorios de análisis clínicos e instalaciones de diagnóstico por imágenes. A estos se suman más de 50 Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) de gestión municipal, distribuidos en el territorio que brindan servicios de primer nivel. El subsector privado ambulatorio, por su parte, comprende consultorios de profesionales de la salud, centros especializados por área de práctica, laboratorios e institutos de diagnóstico por imágenes.

Instrumento para la recolección de datos

Para la recolección de los datos se utilizó el cuestionario elaborado por González y col.[14]. En particular,

Para clasificar a los hogares según su situación en el proceso de acceso:

- *"¿Tuvo necesidad de atención, pero prefirió no buscar o abandonó en el intento?"*
- "Durante el último año *Ud. o alguno de los miembros del hogar: i) ¿asistió a un centro de atención primaria?; ii) ¿asistió a un consultorio de hospital o particular?; iii) ¿se realizó algún estudio o práctica de diagnóstico (análisis clínico o diagnóstico por imagen) "?*

Aquellos hogares en los que algunos de sus miembros respondieron afirmativamente a la primera pregunta y no concurrieron a ningún centro de salud fueron considerados como hogares en los cuales sus miembros enfrentaron barreras al acceso en la etapa de búsqueda de atención. Para identificar qué tipo de barreras enfrentaron se consideraron los siguientes motivos clasificados según dimensiones:

- Para las barreras de la dimensión aceptabilidad se incorporaron las siguientes afirmaciones: i) *Consideró que no era un problema serio y que podría resolverlo solo o con la familia*, iii) *Consiguió o tenía un medicamento que lo podía solucionar*, iv) *No confía en el sistema de salud*, v) *Utilizó medicina alternativa* y vi) *Miedo al COVID19*.
- Para las barreras en la dimensión de accesibilidad organizacional se incluyeron las siguientes afirmaciones: i) *Perdía el día en el trabajo o de clases,* ii) *No tenía con quien dejar a familiares a cargo* y iii) *No tenía tiempo*.
- Las barreras en la dimensión de accesibilidad administrativa se evaluaron mediante las afirmaciones: i) *Se cansó de ir a lugares y esperar*, ii) *No consiguió turno,* iii) *Creyó que iba a ser difícil conseguir turno* y iv) *Burocracia*.
- A partir de la afirmación *No tenía dinero para la consulta o transporte* se identificaron las barreras relacionadas con la accesibilidad económica-financiera.

Con el fin de identificar las barreras u obstáculos enfrentados por *los hogares en los cuales algún miembro demandó servicios ambulatorios* se indagó la percepción del proceso de atención para cada servicio demandado considerando las dimensiones involucradas:

- Para analizar la accesibilidad administrativa se incluyeron las siguientes afirmaciones: i) *el tiempo en la sala de espera fue excesivo,* ii) *conseguir turnos fue fácil,* iii) *tuvo que esperar mucho para el día del turno.*
- El análisis de la accesibilidad geográfica se aproximó a partir de la afirmación: i) *ir y volver fue fácil.*
- La accesibilidad espacial se analizó con la afirmación: i) *el lugar donde esperó y lo/la atendieron era cómodo.*
- La dimensión de accesibilidad económico-financiera se evaluó en base a las afirmaciones: i) *no pudo cumplir o continuar con el tratamiento porque era costoso,* ii) *la obra social/prepaga cubrió el costo de la atención.*
- Para indagar acerca de la disponibilidad material se incluyeron las siguientes afirmaciones: i) *los servicios que necesitó estuvieron disponibles,* ii) *el/la profesional contaba con el equipamiento necesario para su atención*, iii) *el equipamiento era moderno.*
- Para analizar la dimensión adaptación, se utilizaron las afirmaciones: i) *comprendió fácilmente las indicaciones dadas por el/la profesional* y ii) *el/la profesional se comunicó con lenguaje simple.*
- Finalmente, para evaluar la dimensión de adecuación, se empleó la afirmación: i) *quedó conforme con la atención recibida*.

Para registrar la respuesta de estas afirmaciones se utilizó una escala de tres puntos de calificación (i) de acuerdo, ii) ni en acuerdo ni en desacuerdo y iii) en desacuerdo) para cada declaración relativa al objeto de estudio.

Con el fin de describir socioeconómicamente a los hogares se utilizó el módulo 3 que incluye preguntas acerca de las características del hogar (tamaño y principal fuente de ingreso) y de la persona identificada como principal sostén económico (género, edad, nivel educativo y tipo de cobertura de salud).

Recolección de los datos

El trabajo de campo se llevó a cabo durante julio y agosto de 2022. Las unidades de análisis fueron los hogares. Se encuestaron 1496 hogares urbanos, siendo representativos de un total de 105 891. La determinación de la muestra se realizó considerando una distribución de Bernoulli. Con el fin de mejorar la precisión de las estimaciones, se establecieron estratos por barrios o zonas residenciales correspondientes a agrupamientos de los 371 radios censales utilizados en el Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010[14].

Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo basado en frecuencias porcentuales. Para los hogares con necesidad no satisfecha, se calcularon frecuencias por motivo y por dimensión. En los hogares que utilizaron servicios, la identificación de barreras se centró en quienes manifestaron percepciones neutras o negativas. En afirmaciones de connotación negativa se agruparon las categorías “de acuerdo” y “ni de acuerdo ni en desacuerdo”. En afirmaciones de connotación positiva se agruparon “en desacuerdo” y “ni de acuerdo ni en desacuerdo”.

El análisis se realizó por tipo de servicio ambulatorio: CAPS, médico generalista, médico especialista y otros estudios (que incluyen análisis clínicos y diagnóstico por imágenes). En particular, para los últimos tres proveedores se clasificó de acuerdo al tipo de proveedor del servicio: público o privado. Además, para cada declaración se calculó el promedio de acuerdo o desacuerdo según correspondiese para el conjunto de los servicios ambulatorios que fueron evaluados.

En todos los casos se utilizaron ponderadores poblacionales, por lo cual los resultados presentados se refieren a la estimación para el total de la población a partir de la información de la muestra.

Es importante aclarar que los hogares que no utilizaron servicios ambulatorios, pero sí otro tipo de servicios (internación, guardia, otros estudios, etc.) fueron excluidos del análisis.

Para realizar el análisis se empleó el *software* SPSS *Statistics* 29.0

Consideraciones éticas

El proyecto fue aprobado por el Comité de Bioética del Hospital Municipal de Agudos Dr. Leónidas Lucero de Bahía Blanca.

Resultados

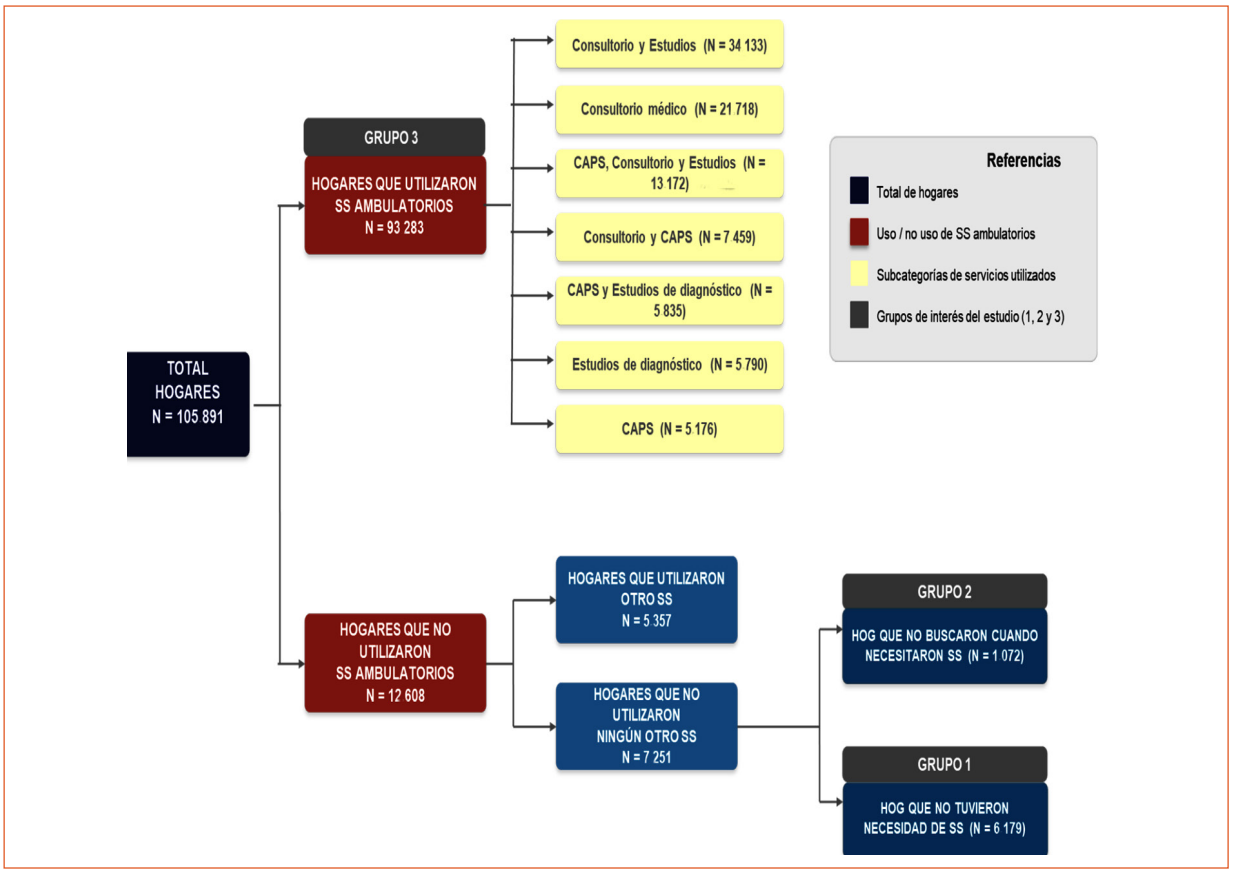
En el 88% de los hogares alguno de sus miembros utilizó un servicio ambulatorio durante el periodo bajo estudio (Grupo 3). Dentro de este grupo, lo más frecuente es la utilización conjunta de un consultorio privado y estudios diagnósticos (36.6%) seguido por la utilización solo de consultorios privados (23.3%). Los servicios menos utilizados individualmente son los provistos en los CAPS (5.5%) (Fig. 1).

Por su parte, en el 12% de los hogares sus miembros no utilizaron servicios ambulatorios. En este grupo, menos de la mitad corresponden a hogares cuyos miembros utilizaron algún otro tipo de servicio no ambulatorio (internación, guardia, estudios/tratamientos complejos) mientras que, en el 6.8% del total de los hogares, sus miembros no utilizaron ningún tipo de servicio de salud en el período indagado (Fig. 1).

Los hogares que no utilizaron servicios de salud (ni ambulatorios ni de ningún otro tipo) se pueden diferenciar a su vez de acuerdo a si tuvieron o no una necesidad de atención. Por un lado, en el 6% de los hogares ningún miembro percibió necesidades (Grupo 1). Por otro lado, miembros del 1% de los hogares que no utilizó ningún servicio, si percibieron necesidades, pero no buscaron o abandonaron la búsqueda (Grupo 2).

Tanto en el grupo que no percibió la necesidad de atención como en el grupo que no buscó atención cuando la necesitaron, predominan los hogares de dos miembros o menos. En cambio, en el Grupo 3 conformado por hogares cuyos miembros sí utilizaron algún servicio ambulatorio se observa con mayor frecuencia, hogares más numerosos. Si bien en los tres grupos, la persona responsable del principal ingreso es de género masculino, en el Grupo 2, donde los hogares tienen miembros que no buscaron atención médica cuando la necesitaron, la participa-

Figura 1 | Grupos de hogares según su condición en el proceso de acceso a servicios ambulatorios (frecuencia absoluta). Bahía Blanca (agosto 2021-julio 2022)



Fuente: elaboración propia
CAPS: Centros de Atención Primaria de la Salud; SS Servicios de Salud; Hog: Hogares

ción del género femenino es levemente mayor que en el resto de los grupos.

En todos los grupos el principal ingreso del hogar proviene de una fuente formal. Sin embargo, en el Grupo 2 el porcentaje de hogares cuyo principal ingreso se origina en el empleo informal es considerablemente mayor que en los otros grupos (Tabla 1).

En cuanto a la edad del sostén del hogar se observan algunas disparidades entre los grupos identificados. En particular, se destaca que en el Grupo 2, aparecen con mayor frecuencia hogares cuyo sostén del hogar tiene entre 30 y 40 años y entre 60 y 71 años de edad. En relación al máximo nivel educativo alcanzado por el sostén del hogar esta variable también se comporta de forma diferente para cada grupo. En los Grupos 1 y 3, el 80% de las personas poseen educación de nivel secundario o mayor. Mientras que en el Grupo 2, predominan los hogares cuyo principal sostén solo finalizó sus estudios primarios (Tabla 1).

Finalmente, respecto del tipo de cobertura de salud, se observa que en el Grupo 2, el 36.9% de los hogares el principal sostén no posee ningún seguro de salud, mayor que para los grupos 1 y 3.

En los hogares pertenecientes a los Grupos 2 y 3 sus miembros enfrentan diferentes tipos de barreras para acceder a los servicios ambulatorios. Las barreras al acceso enfrentadas por los hogares en la etapa de búsqueda de atención estuvieron relacionadas con las dimensiones de aceptabilidad y accesibilidad administrativa. En particular, el motivo referido con mayor frecuencia perteneciente a la dimensión aceptabilidad, fue considerar que su necesidad de salud no era un problema tan serio y que podría ser resuelto sin recurrir al sistema sanitario, seguido por el

Tabla 1 | Características de los hogares y del principal sostén económico del hogar por grupo (%). Bahía Blanca (agosto 2021-julio 2022)

Características del principal sostén del hogar		Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Total
Número de miembros del hogar	1	32.3	24.5	17.2	18.3
	2	31.0	46.8	30.3	30.6
	3	17.6	19.3	18.8	18.6
	4	11.7	4.8	20.9	20.1
	5 o más	12.4	4.6	12.7	12.4
Origen de la principal fuente de ingresos del hogar	Trabajo como empleado formal	44.8	29.9	41.8	42.5
	Trabajo como monotributista o autónomo	13.9	13.9	12	12.2
	Trabajo informal	3.8	22.9	11.1	10.6
	Jubilación o pensión	34.7	33.4	30.9	30.7
	Otro	1.1	-	3.7	3.5
Edad del principal sostén económico del hogar	19 a 30	1.1	6.6	10.1	10.0
	31 a 40	18.2	34.0	17.1	16.8
	41 a 50	16.3	8.4	19.3	19.3
	51 a 60	27.4	17.5	18.8	20.0
	61 a 70	18.1	29.0	15.9	15.8
	mayor de 70	18.9	4.4	18.1	17.7
Género del principal sostén económico del hogar	Masculino	55.7	53	58.7	58.0
	Femenino	42.6	47	42.2	40.9
Máximo nivel educativo alcanzado del principal sostén económico del hogar	Otro	-	-	0.5	0.4
	Sin instrucción formal	-	-	0.3	0.3
	Primario	19.7	50.7	19.1	19.2
	Secundario	39.8	25.0	42.4	41.6
	Terciario/ Universitario	40.5	24.3	36.8	37.5
	Postgrado	-	-	1.4	1.3
Tipo de cobertura de salud del principal sostén económico del hogar	Obra social o prepaga obligatoria	88.0	63.1	78.7	79.4
	Prepaga voluntaria	1	-	5.6	5.0
	Seguro médico privado	-	-	1.0	0.9
	Más de una	-	-	0.1	0.1
	No posee	9.2	36.9	13.5	13.4
	Otra	-	-	0.2	0.2

Fuente: elaboración propia

hecho de que se podía conseguir o se tenía un medicamento que lo podía solucionar. En relación a la accesibilidad administrativa solo se refirió un único motivo, pero muy recurrente, que fue la dificultad de conseguir turnos (Tabla 2).

Las barreras al acceso enfrentadas por los hogares en la etapa de utilización y consecuencias de los servicios ambulatorios se vinculan a diferentes dimensiones del acceso (Tabla 3). En primera instancia, se destaca que el 37.3% de los hogares percibió que la espera para el día del turno fue prolongada. Adicionalmente el 27.5% de los hogares usuarios de servicios ambulatorios manifestó una percepción negativa rela-

Tabla 2 | Motivos por los cuales la población que percibió necesidad no demandó servicios ambulatorios (%). Bahía Blanca (agosto 2021-julio 2022)

Dimensión/Motivo	
Accesibilidad administrativa	33.8
Creyó que iba a ser difícil conseguir turno	33.8
Aceptabilidad	66.2
Consideró que no era un problema tan serio y que podría resolverlo solo o con la familia	19.6
Consiguió o tenía un medicamento que lo podía solucionar	17.8
No confía en el sistema de salud	12.5
Utilizó medicina alternativa	8.4
Miedo al COVID	7.9

Nota: se excluyen los otros motivos sin especificar.

Tabla 3 | Percepción de la población que utilizó servicios ambulatorios por tipo de prestador y dimensión analizada (%). Bahía Blanca (agosto 2021-julio 2022)

	CAPS	Médico clínico	Médico especialista	Otros estudios	Promedio
Accesibilidad administrativa					
El tiempo en sala de espera fue excesivo	32.7	28.4	30.8	17.9	27.5
Conseguir turnos fue fácil	32.8	24.2	26.2	15.4	24.7
Tuvo que esperar mucho para el día del turno	31.9	42.9	45.5	28.7	37.3
Accesibilidad geográfica					
Ir y volver fue fácil	7.3	9.7	12.5	15.5	11.3
Accesibilidad espacial					
El lugar donde esperó y lo/la atendieron era incómodo	12.8	15.4	13.4	7.2	12.2
Accesibilidad económica					
No pudo cumplir o continuar el tratamiento porque era costoso	9.6	9.5	14.1	5.0	9.6
La obra social/prepaga cubrió el costo de la atención		23.3	33.0	22.7	26.3
Disponibilidad material					
Los servicios que necesito estuvieron disponibles	11.4			1.7	6.6
El/ la profesional contaba con el equipamiento necesario		4.5	2.1		3.3
El equipamiento era moderno				8.2	8.2
Adaptación					
Comprendió fácilmente las indicaciones dadas por el la profesional	2.3	2.7	0.7	1.1	1.7
El/la profesional se comunicó con lenguaje simple	1.7	1.4	1.6	1.1	1.5
Adecuación					
Quedó conforme con la atención recibida	8.2	6.2	5.6	3.1	5.8

CAPS: Centros de Atención Primaria de la Salud
Nota: Los porcentajes representan la proporción de hogares cuya respuesta fue interpretada como percepción negativa o barrera de acceso. Para afirmaciones de connotación negativa se incluyen las respuestas "de acuerdo" y "ni de acuerdo ni en desacuerdo"; para afirmaciones de connotación positiva se incluyen las respuestas "en desacuerdo" y "ni de acuerdo ni en desacuerdo".

cionada con el tiempo de espera en la sala, y el 24.7% percibió dificultades para la obtención de los turnos. Todos estos ítems están relacionados con la dimensión accesibilidad administrativa.

Con relación a los obstáculos económicos-financieros (accesibilidad económica), el 26.3% percibió dificultades relacionadas con la cobertura de su obra social y 9.6% expresó problemas de adherencia a los tratamientos indicados por estas razones.

El 12.2% de los usuarios manifestaron algún tipo de incomodidad relacionada con el lugar de espera o atención (accesibilidad espacial). Mientras que 11.3% de los hogares en los que algún miembro utilizó servicios ambulatorios indicó que experimentó alguna barrera relativa con la accesibilidad geográfica.

El resto de los ítems fueron calificados con niveles de insatisfacción menores al 10%. En particular, la dimensión adecuación, que fue evaluada a partir de la conformidad general con la atención recibida, tuvo una valoración negativa en el 5.8% de los hogares que utilizaron los servicios ambulatorios.

La percepción de los hogares que utilizaron algún servicio de salud ambulatorio cambia según el tipo de servicio (CAPS, médico generalista, médico especialista y otros estudios) y el tipo de financiamiento del servicio. En el caso de la red de CAPS, los peores guarismos se relacionan con la espera para ser atendidos y la facilidad para conseguir turno seguido de la dimensión espacial asociada a la comodidad de la infraestructura durante la espera. En los restantes tipos de prestadores el porcentaje de insatisfacción es mayor para los prestadores privados que para los públicos.

En todos los casos, la dimensión adaptación, asociada a la calidad de la relación profesional-paciente, tiene percepciones negativas-neutras relativamente bajas (<2%). Finalmente, la percepción negativa de la dimensión adecuación, que hace referencia a la conformidad con la atención recibida, también es comparativamente baja, siendo los servicios de los CAPS los peor valorados.

Discusión

Los resultados permiten distinguir tres grupos de hogares en el proceso de acceso: i) los hogares que efectivamente han logrado acceder al sistema; ii) los hogares cuyos miembros perciben necesidades de salud, pero por diferentes razones deciden no acudir al sistema o abandonan en el intento y iii) los hogares cuyos miembros no percibieron una necesidad y, por lo tanto, no acudieron a proveedores de salud.

El grupo mayoritario, es el que decide consultar ante necesidades y es capaz de superar los obstáculos que enfrenta en el proceso. Entre estos hogares, una parte importante (>25%) manifestó que su tránsito por los servicios ambulatorios se vio dificultado por aspectos relacionados con la dimensión de accesibilidad administrativa. Porcentajes menores de usuarios señalan problemas relacionados con las accesibilidades geográfica y espacial, y con la disponibilidad. Por su parte, los obstáculos económico-financieros para dar continuidad a los tratamientos sugeridos como resultado de las consultas ascienden en promedio al 9.6% de los hogares.

Es interesante destacar que las percepciones negativas respecto de las dimensiones analizadas no se traducen directamente en la dimensión de adecuación. Dicha afirmación posee un nivel de desacuerdo/neutralidad bastante menor que lo reportado para la mayoría de las demás dimensiones (<6%). Para el aglomerado estudiado, estos valores son incluso levemente inferiores a los reportados por el Observatorio de la Deuda Social Argentina (ODSA) en una encuesta realizada a nivel nacional en el año 2022[15]. Esta situación sugiere que más allá de los problemas percibidos, la experiencia con los proveedores ambulatorios se considera, en promedio, positiva lo que se infiere actúa positivamente sobre la aceptabilidad y contribuye a reducir las barreras de acceso al sistema. Sin embargo, esta satisfacción elevada entre quienes efectivamente accedieron (Grupo 3) no descarta la existencia de barreras relevantes en etapas previas del proceso, especialmente durante la búsqueda de atención y en la obtención de turnos, tal como se observó en los otros dos grupos. Para este tipo de usuarios, un estudio pormenorizado de su experiencia con los proveedores puede realizarse directamente por medio de los sistemas de información de las propias instituciones a través de los datos disponibles o implementando encuestas de percepción de la calidad relacionadas con las dimensiones de acceso mencionadas en este trabajo. En otras palabras, el estudio del

acceso de las personas que acuden a las instituciones puede y debería realizarse durante el tránsito del paciente por el sistema.

El grupo que no acude al sistema de salud o directamente no percibe necesidades en salud representa el 6% del total de hogares y resulta de especial interés. Si bien podría representar la proporción de la población sana, sin necesidades, se espera que los controles preventivos anuales vinculados a la atención primaria, sean usados masivamente. De esta forma, la existencia de este grupo sugiere la presencia de posibles barreras en la primera etapa del proceso de acceso. Dado que las necesidades sanitarias desatendidas podrían traducirse en pérdida de calidad de vida futura para los individuos y sus familias, además de representar mayores costos de atención si se requiere el uso del segundo y tercer nivel de atención[16]. Un estudio pormenorizado del acceso de esta población es fundamental para detectar posibles barreras que podrían limitar su primer contacto con el sistema de salud, lo cual representaría un insumo para que las autoridades sanitarias del nivel local puedan diseñar estrategias para su eliminación.

El grupo de hogares conformado por miembros que ante la percepción de una necesidad en salud no recurrió a servicios ambulatorios constituye un grupo de especial interés sanitario, aunque representa solo el 1% de los hogares, por lo que los resultados que se describen a continuación deben interpretarse cuidadosamente dado al reducido tamaño muestral. Los elementos más importantes que impidieron que estas necesidades se conviertan en demanda están vinculados principalmente con la dimensión aceptabilidad. Entre los motivos de "no búsqueda" se destacan la creencia de que no era un problema tan serio y que podía resolverse solo o en familia y, haber conseguido un medicamento que lo podía solucionar. Estas razones no necesariamente implican un riesgo para la salud de los pacientes ya que pueden estar asociadas con una actitud informada que permite a las personas identificar que su problema de salud es de bajo riesgo y por lo tanto decide resolverla sin acudir al sistema, contribuyendo a no sobrecargar los servicios. Sin embargo, debido al reducido tamaño de este grupo, la mayor participación del género femenino como jefe de hogar y la menor cobertura de seguridad social observadas, deben interpretarse como hallazgos exploratorios que requieren nuevos estudios con mayor tamaño de muestra o mediante metodologías cualitativas, y no como una caracterización definitiva del perfil de los hogares sin acceso a los servicios ambulatorios.

En conjunto, los resultados señalan que la accesibilidad administrativa constituye la principal barrera en el acceso a los servicios ambulatorios. Estos hallazgos, por un lado, sugieren que, en contextos urbanos con oferta sanitaria disponible, las políticas de acceso no deberían concentrarse sólo en asegurar la disponibilidad de servicios, sino también en reducir barreras asociadas a otras dimensiones del acceso. Por otro lado, permiten identificar líneas concretas de acción para la gestión sanitaria. En primer lugar, para reducir la dificultad percibida para acceder a la atención se podrían rediseñar los sistemas de asignación de turnos, incorporando mecanismos de priorización y turnos programados a distancia. En segundo lugar, para orientar intervenciones apropiadas según los servicios o prestadores que sistemáticamente registran las mayores demoras se podrían monitorear los tiempos de espera de forma centralizada. Además, por su cercanía territorial, se podrían fortalecer los CAPS como dispositivos para identificar aquellos hogares que no logran un acceso efectivo a los servicios de salud. Por último, la implementación de esta metodología de análisis sistemático, permitiría constituir un tablero de indicadores locales de acceso, que posibilite el seguimiento temporal de las barreras y la evaluación de impacto de las políticas implementadas.

Finalmente, es importante señalar que la metodología utilizada permite identificar barreras específicas en diferentes etapas del proceso de acceso y podría aplicarse en otras localidades, constituyendo una herramienta útil para la planificación y evaluación de políticas sanitarias orientadas a mejorar el acceso a los servicios de salud ambulatorios.

Agradecimientos: A los hogares encuestados, encuestadores, profesionales expertos y colegas del grupo de Economía e Ingeniería de Sistemas de Salud - gEISS (www.geiss.uns.edu.ar) que participaron en el estudio. A la Fundación Bunge y Born por el financiamiento brindado en el marco de la convocatoria MasSalud 2021 y a los miembros de su equipo por el apoyo recibido durante el desarrollo del proyecto.

Conflicto de intereses: Ninguno para declarar.

Bibliografía

1. Tapia JD, Encina R, Piangatelli MDC, Pirola J, González GP, Moscoso NS. Barreras al acceso según las etapas del proceso de atención de la salud de los adultos mayores. *Gerokomos* 2023; 34: 183-7
2. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Soc Behav* 1995; 36:1-10.
3. Briatore H, Elorza ME, Estrada ME. Accesibilidad geográfica al primer nivel de atención de las personas mayores en una ciudad intermedia de Argentina. *Población y sociedad* 2024; 31: 27-54.
4. Levesque JF, Harris MF, Russell G. Patient-centered access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health* 2013; 12:8.
5. Pietracci LE, Meek Torres S, Daher M, Izaguirre Germain MP, Caruso D. Dificultades para el acceso al tratamiento del cáncer colorrectal en adultos mayores. *Medicina (B Aires)* 2026; 86: 99-112.
6. Gallardo AYV. Disponibilidad-acceso a los servicios de especialidades médicas en Ocotlán, Jalisco, un derecho humano remoto. *Revista CONAMED* 2019; 24:47-52.
7. Thiede M, Akweongo P, McIntyre D. Exploring the dimensions of access. En: McIntyre D, Mooney G, eds. The economics of health equity. Cambridge: Cambridge University Press, 2007, p 103-23.
8. Sánchez-Torres DA. Accesibilidad a los servicios de salud: debate teórico sobre determinantes e implicaciones en la política pública de salud. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2017; 55:82-9.
9. Blanco AM, González GP, Geri M, Moreno MS. Measuring access to health services: constructing a multidimensional index. *Social Indicators Research* 2025; 176: 903-29.
10. Stewart M. Towards a global definition of patient centered care: the patient should be the judge of patient centered care. *BMJ* 2001; 322:444-5.
11. Vignolo J, Vacrezza M, Alvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Arch Med Int* 2011; 33:7-11.
12. Marin GH. El sistema de salud argentino: un análisis a partir del acceso a los medicamentos. *Ciência & Saúde Coletiva* 2021; 26: 5453-62.
13. Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010 (CNPHyV). Provincia de Buenos Aires, Partido Bahía Blanca. Buenos Aires: INDEC; 2010. En: https://www.indec.gob.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-41-135; consultado agosto 2023.
14. González G P, Geri M, Moreno MS, et al. Design and application of a survey for measuring multidimensional access to health services. *Journal of Healthcare Quality Research* 2025; 101154.
15. Observatorio de la Deuda Social Argentina de la Universidad Católica Argentina (ODSA- UCA). Estado de salud y acceso a la atención médica en la Argentina urbana, 2022. En: https://wadmin.uca.edu.ar/public/ckeditor/Observatorio%20Deuda%20Social/Presentaciones/2023/Observatorio-Nota-de-Divulgacion-ESTADO-DE%20SALUD-ACCESO-%20ATENCION-MEDICA-6-4.pdf; consultado enero 2026.
16. Rosano A, Abo Loha C, Falvo R, et al. The relationship between avoidable hospitalization and accessibility to primary care: a systematic review. *Eur J Public Health* 2013; 23: 356–60.